



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ **Αρ. Φύλλου 1403**

30 Σεπτεμβρίου 2003

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Αριθ. Υ6/75764

Έγκριση συμπλήρωσης και τροποποίησης του αναθεωρημένου καταλόγου συνταγογραφουμένων ιδ/των.

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ
ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ -
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ -
ΕΜΠΟΡΙΚΗΣ ΝΑΥΤΙΛΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 20 του Ν.2458/97 (ΦΕΚ Α΄15/14.2.97) όπως αντικαταστάθηκαν με το άρθρο 23 του Ν. 2737/99(ΦΕΚ Α΄174/27.8.99) καθώς και τις διατάξεις του άρθρου 12 παρ. Γ του Ν.2955/01 (ΦΕΚ Α΄256/01) με τις οποίες αντικαταστάθηκε η παρ.2 του ως άνω άρθρου 23.

2. Την 3418/8.7.2002 (ΦΕΚ Β 861/9.7.2002) Απόφαση ανάθεσης αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Υγείας & Πρόνοιας.

3. Την 80088/31.10.2001 (ΦΕΚ Β΄1485/01) κοινή Υπουργική Απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Εργασίας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων»

4. ΤηνΥ6α/43195/14.5.2003 Κ.Υ.Α (ΦΕΚ Β΄609/16.5.2003) «Έγκριση αναθεωρημένου καταλόγου συνταγογραφουμένων ιδ/των σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 23 του Ν. 2737/99».

5. Την από 30.7.2003 εισήγηση της Ειδικής Επιτροπής Κατάρτισης Καταλόγου Συνταγογραφουμένων Ιδιοσκευασμάτων που συγκροτήθηκε με την ΔΥ 1δ/οικ.39606/16.4.2002 Κοινή Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ Β΄521/02).

6. Την Α7α/οικ.1951/20.3.2000 κοινή υπουργική απόφαση «Όροι λειτουργίας της Ειδικής Επιτροπής κατάρτισης καταλόγου συνταγογραφουμένων φαρμάκων».

7. Το γεγονός ότι από τις διατάξεις της απόφασης αυτής δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του κρατικού Προϋπολογισμού, αποφασίζουμε:

Εγκρίνουμε τη συμπλήρωση και τροποποίηση του αναθεωρημένου καταλόγου συνταγογραφουμένων ιδιοσκευασμάτων της Κοινής Υπουργικής Απόφασης Υ6α/43195/14.5.2003 (ΦΕΚ Β΄609/16.5.2003) «Έγκριση αναθεωρημένου καταλόγου συνταγογραφουμένων ιδ/των σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 23 του Ν. 2737/99 (ΦΕΚ Α΄174/ 27.8.99)».

Η εφαρμογή του αναθεωρημένου καταλόγου συνταγογραφουμένων φαρμάκων με τις συμπληρώσεις του είναι υποχρεωτική κατά τη συνταγογράφηση σε ασφαλισμένους του Δημοσίου και όλων των ασφαλιστικών φορέων ανεξάρτητα από την ονομασία και τη νομική τους μορφή καθώς και σε όλους τους δικαιούχους περίθαλψης «οικονομικά αδυνάτου και ανασφαλίστου» (άρθρο 23 του Ν. 2737/99).

Ο συμπληρωματικός αναθεωρημένος κατάλογος, περιέχει

Ι. ΔΙΟΡΘΩΣΕΙΣ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΙΔΙΟΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΗΔΗ ΚΑΤΑΧΩΡΗΜΕΝΑ ΣΤΟΝ ΚΑΤΑΛΟΓΟ

ΙΙ. ΝΕΕΣ ΚΑΤΑΧΩΡΗΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΚΑΤΑΛΟΓΟ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΩΝ ΙΔΙΟΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ

ΙΙΙ. ΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΤΑΛΟΓΟ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΩΝ ΙΔΙΟΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ.

IV. ΔΙΟΡΘΩΣΕΙΣ - ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΙΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΩΝ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΚΑΙ ΕΝΔΕΙΞΕΩΝ ΣΤΟΝ ΚΑΤΑΛΟΓΟ

V. ΙΔΙΟΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΤΑΛΟΓΟΥ ΣΤΑ ΟΠΟΙΑ ΔΙΑΓΡΑΦΟΝΤΑΙ ΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΔΕΙΞΕΩΝ

και έχει ως εξής:

I. ΔΙΟΡΘΩΣΕΙΣ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΙΔΙΟΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΗΔΗ ΚΑΤΑΧΩΡΗΜΕΝΑ ΣΤΟΝ ΚΑΤΑΛΟΓΟ

Οι διορθώσεις εμφανίζονται με έντονους χαρακτήρες.

ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΟΝΟΜΑΣΙΑ + ΕΤΑΙΡΕΙΑ	ΜΟΡΦΗ	ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ		ATC
ALLERGOJOVIS/Biomedica-Chemica	M.D.NAS.SP	2%	FLX26ML**(185 DOSES)**			R01AC01
BUSONAL/**Bevo** (μετονομασία από BUYAMIN)						
	CR.EXT.US	0.025% (W/W)	TUBX30G			D07AC09
	NASPR.EMU	50MCG/DOSE	BTX1FLX10ML			R01AD05
CANCIDAS/Vianex (μετονομασία από CASPOFUNGIN)						
	PD.C.SO.INF	50MG/VIAL	BTX1VIAL	t	n	J02AX04
	PD.C.SO.INF	70MG/VIAL	BTX1VIAL	t	n	J02AX04
CEPROTIN/Baxter	PS.INJ.SOL	500IU/VIAL	BTX1VIAL	t		**B01AD12**
	PS.INJ.SOL	1000IU/VIAL	BTX1VIAL	t		**B01AD12**
CHRICETYL/Χρισπα (μετονομασία από FLUSTAREN)						
	GR.OR.SD	600MG/SACHET	BTX20SACHETS		n	V03AB23
CLINOLEIC/Clintec Parenteral	**EMU.IV.INF**	20% W/V	BTX24BAGSX100ML	t		B05BA02
	EMU.IV.INF	20% W/V	BTX20BAGSX250ML	t		B05BA02
	EMU.IV.INF	20% W/V	BTX10BAGSX500ML	t		B05BA02
CLINOMEL N4-550/Clintec Parenteral	**SOL.IV.INF +**					
	SOL.IV.INF +					
	EMU.IV.INF	**5.5%+20%+10%**	BTX6TRIPLE-BAG1L(400ML+400ML+200ML)	t		B05BA10
	SOL.IV.INF +					
	SOL.IV.INF +					
	EMU.IV.INF	**5.5%+20%+10%**	BTX4TRIPLE-BAGX2ML(800ML+800ML+400ML)	t		B05BA10
CLINOMEL N7-1000/Clintec Parenteral		**SOL.IV.INF+**				
	SOL.IV.INF+					
	EMU.IV.INF	**10%+40%+20%**	BTX6TRIPLE-BAGX1L(400ML+400ML+200ML)	t		B05BA10
	SOL.IV.INF+					
	SOL.IV.INF+					
	EMU.IV.INF	**10%+40%+20%**	BTX4TRIPLE-BAGX2L(800ML+800ML+400ML)	t		B05BA10
DEXAMYCIN/Alvia (μετονομασία από EYEBREX DEXA)						
	EY.DRO.SUS	0.3%+0.1%	FLX5ML			S01CA01
EKZEVIT/Biomedica-Chemica	TAB	(50+25)MG/TAB	BTX20 **(BLIST2X10)**			C09BA01
EXOSTREPT/Biomedica-Chemica	CAPS	20MG/CAP	BTX12 **(BLIST3X4)**	t	n	N06AB03
EZOPTA/Biomedica-Chemica	C.TAB	150MG/TAB	BTX20 **(2 ALU-ALU BLISTER FOIL STRIPS X10)**			A02BA02
FEMARA/Novartis	F.C.TAB	2.5MG/TAB	BTX30(BLIST 3X10)		n	L02BG04
FERRUM FOL HAUSMANN/Nycomed	CHW.TAB	(100+0.350)MG/TAB	BTX30(BLIST 3X10)			**B03AD**
FERRUM HAUSMANN/Nycomed	CHW.TAB	100MG/TAB	BTX30(BLIST 3X10)			**B03AB**
	OR.SO.D	(50)MG/ML	FLX30ML			**B03AB**
	OR.SOL.SD	100MG/5ML AMP ORAL	BTX10AMPX5ML			**B03AB**
	SYR	50MG/5ML	FLX125ML			**B03AB**
FLUMICOMPLEX/Biomedica-Chemica		CR.EXT.US	0.1%+2%	TUBX20G		**D01AC20**
GALEBIRON/Biomedica-Chemica	F.C.TAB	150MG/TAB	BTX20 **(2 ALU-ALU BLISTER FOIL STRIPS X10)**			A02BA02
	F.C.TAB	150MG/TAB	BTX50 **(5 ALU-ALU BLISTER FOIL STRIPS X10)**			A02BA02
GONAL-F/Serono	LY.PD.INJ	**37.5 IU (2.8MCG)**	BTX1AMP+1AMPSOLV	t		G03GA05
	LY.PD.INJ	**37.5 IU (2.8MCG)**	BTX5AMP+5AMPSSOLV	t		G03GA05
	LY.PD.INJ	**75IU (5.5MCG)**	BTX1VIAL+1VIALX1MLSO	t		G03GA05
	LY.PD.INJ	**75IU (5.5MCG)**	BTX1AMP+1AMPX1MLSOLV	t		G03GA05
	LY.PD.INJ	**75IU (5.5MCG)**	BTX5AMPS+5AMPSX1MLSO	t		G03GA05
	LY.PD.INJ	**150IU (11MCG)**	BTX1AMP+1AMPX1MLSOLV	t		G03GA05
	LY.PD.INJ	**1050IU/1.75ML (77MCG)**	BTX1AMP+1AMPSX2MLSOLV	t		G03GA05
GRANULOKINE/**Amgen Europe**	INJ.SOL	30MU(300MCG/1MLVIAL)	BTX5VIALSX1ML	t	n	L03AA02
	INJ.SOL	48MU(480MCG/1.6MLVIA	BTX5VIALSX1.6ML	t	n	L03AA02
HEMAFER/Uni-Pharma	CHW.TAB	100MG/TAB	BTX30			**B03AB**
	OR.SO.D	50MG/ML	FLX30ML			**B03AB**
	OR.SOL.SD	100MG/5ML	BTX10VIALS X5ML			**B03AB**

t Περιορισμός/οί στη διάθεση ■ Περιορισμός/οί στην ένδειξη

ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΟΝΟΜΑΣΙΑ + ΕΤΑΙΡΕΙΑ	ΜΟΡΦΗ	ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ		ATC
	SYR	50MG/5ML	FLX125ML			**B03AB**
HEMAFER FOL/Uni-Pharma	CHW.TAB	(100+0.350)MG/TAB	BTX30(BLIST3X10)			**B03AD**
HYCAMTIN/Smith Kline Beecham	PD.INJ.SOL	4MG/VIAL	**BTX5VIALS**	t	n	L01XX17
LALIDE/**Pharmacypria**	TAB	100MG/TAB	BTX20 (BLIST 2X10)		n	M01AX17
	TAB	100MG/TAB	BTX30 (BLIST 3X10)		n	M01AX17
LENAR/Biomedica-Chemica	E.C.CAPS	20MG/CAP	**BTXFLX14**			A02BC01
LIMOX/Biomedica-Chemica	F.C.TAB	500MG/TAB	BTX10 **(BLIST1X10)**	t		J01MA02
LYPROVIR/Biomedica-Chemica (μετονομασία από ECOLINE)						
	F.C.TAB	250MG/TAB	BTX14(FOIST7X2)			J01DA06
	F.C.TAB	500MG/TAB	BTX6 (FOIST3X2)			J01DA06
	F.C.TAB	500MG/TAB	BTX8 (FOIST4X2)			J01DA06
	F.C.TAB	500MG/TAB	BTX14(FOIST7X2)			J01DA06
MENINGITEC/Wyeth	INJ.SUSP	10MCG/0.5ML DOSE	BTX1VIALX0,5ML(DOSE)			
			+1ΑΔΕΙΑ ΣΥΡΙΓΓΑ+2ΒΕΛΟΝΕΣ	t	n	J07AH02
NEXIUM/Astrazeneca	E.C.TAB	20MG/TAB	BTX7 **(BLISTER)**			A02BC05
	E.C.TAB	20MG/TAB	BTX14 **(BLISTER)**			A02BC05
	E.C.TAB	40MG/TAB	BTX14 **(BLISTER)**			A02BC05
	E.C.TAB	40MG/TAB	BTX28 **(BLISTER)**			A02BC05
NORCALCIN/Biomedica-Chemica	M.D.NAS.SP	100 IU/DOSE	**FLX4MLX28DOSES+**			
			ΔΟΣΙΜΕΤΡΙΚΗ ΑΝΤΛΙΑ		n	H05BA01
OLICLINOMEL N4-550/Baxter	**EMU.IV.INF**		BTX6BAGSX1000ML	t		B05BA10
	EMU.IV.INF		BTX4BAGSX1500ML	t		B05BA10
	EMU.IV.INF		BTX4BAGSX2000ML	t		B05BA10
OLICLINOMEL N4-550E/Baxter	**EMU.IV.INF**		BTX6BAGSX1000ML	t		B05BA10
	EMU.IV.INF		BTX4BAGSX2000ML	t		B05BA10
OLICLINOMEL N7-1000/Baxter	**EMU.IV.INF**		BTX6BAGSX1000ML	t		B05BA10
	EMU.IV.INF		BTX4BAGSX1500ML	t		B05BA10
	EMU.IV.INF		BTX4BAGSX2000ML	t		B05BA10
PRIMENE/Baxter	**SOL.IV.INF**	10% W/V	BOTTLE X100ML	t		B05BA01
	SOL.IV.INF	10% W/V	BOTTLE X250ML	t		B05BA01
SALCATOL/**Nova Pharma**	NASPR.SOL	200 IU/DOSE(M.D.)	BTX1VIALX2ML+SP.PUMP		n	H05BA01
SOMATULINE/Ipsen	PS.INJ.SOL	**30MG/DOSE**	BTX1VIAL+1AMPX2ML	t	n	H01CB03
VELTIFER/Rafarm	OR.SOL.SD	100MG(Fe^{+++})/5ML VIAL	BTX10(VIALSX5ML)			**B03AB**

t Περιορισμός/οί στη διάθεση ■ Περιορισμός/οί στην ένδειξη

ΙΙ. ΝΕΕΣ ΚΑΤΑΧΩΡΗΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΚΑΤΑΛΟΓΟ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΩΝ ΙΔΙΟΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ

Εμπορική ονομασία/Εταιρεία					*Δραστική ουσία*
Μορφή	Περιεκτικότητα	Συσκευασία	Περιορισμοί		ATC
ACTOS/Takeda					*Pioglitazone*
TAB	15MG/TAB	BTX28	ΠΔ.29	ΠΕ	A10BG03
ARIXTRA/Sanofi-Synthelabo					*Fondaparinux Sodium*
	ΠΕ: Μόνο σε βαριές ορθοπεδικές επεμβάσεις των κάτω άκρων				
INJ.SOL	2.5MG/0.5ML PF.SYR	BTX7PF.SYR.		ΠΕ	B01AX05
INJ.SOL	2.5MG/0.5ML PF.SYR	BTX10PF.SYR.		ΠΕ	B01AX05
AROMASIN/Pharmacia					*Exemestane*
	ΠΕ: Ενδείνκυται για τη θεραπεία του προχωρημένου καρκίνου του μαστού σε γυναίκες με φυσική ή προκληθείσα εμμηνόπαυση, η νόσος των οποίων έχει επιδεινωθεί μετά από αντιοιστρογονική θεραπεία. Η αποτελεσματικότητα δεν έχει τεκμηριωθεί σε ασθενείς των οποίων ο καρκίνος δεν έχει υποδοχείς οιστρογόνων.				
C.TAB	25MG/TAB	BTX30(BLIST2X15)		ΠΕ	L02BG06
AUROCALCIN/Aurora					*Calcitonin, Salmon*
NASPR.SOL	100 IU/DOSE(M.D)	FLX4ML+ΔΟΣΙΜΕΤΡΙΚΗ		ΠΕ	H05BA01
BUDECOL/Astrazeneca					*Budesonide*
ENEMA	2.3MG/SINGLE DOSE	BTX7DISP.TA(BLIST1X7)+7FLX115MLSOLV			
A07EA06					
CHLORANIC/Norma					*Chloramphenicol*
DR.PD.INJ	1G/VIAL	BTX1VIAL			J01BA01
COLISTIN/NORMA/Norma					*Colistin Mesilate Sodium*
DR.PD.INJ	1000000 U/VIAL	BTX1VIAL			J01XB01
COSOPT/Vianex					*Dorzolamide Hydrochloride + Timolol Maleate*
EY.DRO.SOL	(2+0.5)% W/V	FLX5ML(σταγονομετρι-			S01ECΛ1
DEXTROSE/Κοινόχρηστα					*Dextrose (Glucose) Monohydrate*
INJ.SO.INF	10%	BAGX250ML			B05BA03
INJ.SO.INF	10%	BAGX500ML			B05BA03
INJ.SO.INF	10%	BAGX1000ML			B05BA03
DILATREND/Roche					*Carvedilol*
TAB	6.25MG/TAB	BTX28(BLIST2X14)			C07AG02
EMPENOX/Demo					*Mesalazine*
SUPP	250MG/SUP	BTX30			A07EC02
FAMVIR/Novartis					*Famciclovir*
F.C.TAB	250MG/TAB	BTX21(BLIST1X21)		ΣΕ	J05AB09
KETEK/Aventis					*Telithromycin*
	ΠΕ: Μόνο σε λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού: πνευμονία της κοινότητας, παρόξυνση χρόνιας βρογχίτιδας και εφόσον δεν κριθεί κατάλληλη η χορήγηση β-λακτάμης ή μακρολίδης. Επίσης, η διάρκεια θεραπείας δεν πρέπει να υπερβαίνει την συνιστώμενη από το SPC του φαρμάκου.				
F.C.TAB	400MG/TAB	BTX10 TAB		ΠΕ	J01FA15
LORBEF/Φαρμασερβ Λιλλυ					*Loracarbef*
CAPS	200MG/CAP	BTX10(BLIST 1X10)			J01DA38
CAPS	400MG/CAP	BTX10(BLIST 1X10)			J01DA38
GRA.OR.SUS	200MG/5ML	FLX50ML			J01DA38
MERONEM/Cana					*Meropenem*
DR.PD.INJ	500MG/VIAL (IV)	BTX10VIALS	ΠΔ.5	ΠΕ	J01DH02

Εμπορική ονομασία/Εταιρεία					*Δραστική ουσία*
Μορφή	**Περιεκτικότητα**	**Συσκευασία**	**Περιορισμοί**		**ATC**
NOVONORM/Novo Nordisk					*Repaglinide*
TAB	0.5MG/TAB	BLIST(alu/alu)X120	ΠΔ.29	ΠΕ	A10BX02
OXYTOCIN/GAP/Gap					*Oxytocin Synthetic*
INJ.SOL	5 IU/ML	BTX1AMPX1ML(BLX1AMP)			H01BB02
INJ.SOL	5IU/ML AMP	BTX2AMPX1ML			H01BB02
REMINYL/Janssen-Cilag					*Galantamine*
F.C.TAB	12MG/TAB	BTX56(BLIST4X14)	ΠΔ.25	ΣΕ	N06DA04
SEROQUEL/Astrazeneca					*Quetiapine*
F.C.TAB	100MG/TAB	BTX60(BLIST6X10)	ΠΔ.25		N05AH04
SEVIUM/Ni-The					*Haloperidol*
OR.SO.D	4MG/ML	FLX15ML	ΠΔ.25		N05AD01
C.TAB	2MG/TAB	BTX250	ΠΔ.25		N05AD01
C.TAB	2MG/TAB	BTX30	ΠΔ.25		N05AD01
C.TAB	5MG/TAB	BTX20	ΠΔ.25		N05AD01
C.TAB	5MG/TAB	BTX150	ΠΔ.25		N05AD01
C.TAB	10MG/TAB	BTX20	ΠΔ.25		N05AD01
C.TAB	10MG/TAB	BTX150	ΠΔ.25		N05AD01
C.TAB	20MG/TAB	BTX20	ΠΔ.25		N05AD01
C.TAB	20MG/TAB	BTX150	ΠΔ.25		N05AD01
SINGULAIR/Vianex					*Montelucast*
CHW TABL	4MG/TAB	BTX14			R03DC03
SOLDESANIL/Diapit					*Dexamethasone Sodium Phosphate*
OINT.EXT.U	0.20%	TUBX30G			D07AB19
SOLIAN/Sanofi-Synthelabo					*Amisulpride*
TAB	100MG/TAB	BTX30(BLIST3X10)	ΠΔ.25		N05AL05
SOLVETAN/Glaxo Smithkline					*Ceftazidime*
DR.PD.INJ	1G/VIAL	BTX1VIAL	ΠΔ.5		J01DA11
DR.PD.INJ	2G/VIAL	BTX1VIAL	ΠΔ.5		J01DA11
SOMATOSTATIN/UCB/Ucb Pharma					*Somatostatin*
LY.PD.INJ	0.25MG/VIAL	BTX1VIAL+1AMPX1MLSOL	ΠΔ.5, ΠΔ.54		H01CB01
STAPHYCLOX/Norma					*Cloxacillin Sodium*
DR.PD.INJ	500MG/VIAL	BTX1VIAL			J01CF02
STARLIX/Novartis					*Nateglinide*
F.C.TAB	60MG/TAB	BTX84	ΠΔ.29	ΠΕ	A10BX03
STELIUM/Ni-The					*Trifluoperazine*
S.C.TAB	5MG/TAB	BTX40	ΠΔ.25		N05AB06
S.C.TAB	1MG/TAB	BTX40	ΠΔ.25		N05AB06
S.C.TAB	3MG/TAB	BTX30	ΠΔ.25		N05AB06
STILAMIN/Vianex					*Somatostatin*
PS.SOL.INF	0.25MG/AMP	BTX5AMP+5AMPX1MLSOLV	ΠΔ.5, ΠΔ.54		H01CB01
THILODEXINE/Φαρμεξ					*Dexamethasone*
CR.EXT.US	0.1% W/W	TUBX10G			D07AB19
SOL.EXT.US	0.1% W/V	FLX30ML			D07AB19

Εμπορική ονομασία/Εταιρεία				*Δραστική ουσία*
Μορφή	Περιεκτικότητα	Συσκευασία	Περιορισμοί	ATC
THYROHORMONE/Ni-The				*Levothyroxine Sodium*
TAB	0.1MG/TAB	BTX100	ΣΕ	H03AA01
TAB	0.2MG/TAB	BTX100	ΣΕ	H03AA01
THYROSTAT/Ni-The				*Carbimazole*
TAB	5MG/TAB	BTX100		H03BB01
TIMENTIN/Glaxo Smithkline				*Ticarcillin Disodium + Clavulanate Potassium*
DR.PD.INJ	(3+0.200)G/VIAL	BTX1VIAL		J01CR03
DR.PD.INJ	(5+0.200)G/VIAL	BTX1VIAL		J01CR03
TRANKILIUM/Ni-The				*Lorazepam*
TAB	1MG/TAB	BTX20	ΠΔ.4	N05BA06
TAB	2.5MG/TAB	BTX20	ΠΔ.4	N05BA06
TRILEPTAL/Novartis				*Oxcarbazepine*
F.C.TAB	600MG/TAB	BTX50(BLIST5X10)	ΠΕ	N03AF02
VALTREX/Glaxo Smitkline				*Valaciclovir Hydrochloride*
F.C.TAB	500MG/TAB	BTX42(BLIST7X6)	ΣΕ	J05AB11
F.C.TAB	500MG/TAB	BTX10(BLIST1X10)	ΣΕ	J05AB11
VINECORT/Genepharm				*Budesonide*
CR.EXT.US	0.025% W/W	TUB X100G		D07AC09
XALACOM/Pharmacia				*Latanoprost + Timolol Maleate*
EY.DRO.SOL	(50MCG+5MG)/1ML	BTX1VIALX2.50ML		S01EXΛ1
ZIDERON/Norma				*Dextropropoxyphene*
INJ.SOL	75MG/2ML AMP	BTX5AMPX2ML	ΠΔ.1	N02AC04
ZOFRON/Glaxo Smithkline				*Ondansetron*
INJ.SOL	8MG/4ML AMP	BTX1AMPX4ML (σε γυάλινη φύσιγγα)	ΠΔ.5, ΠΔ.54	A04AA01

III. ΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΤΑΛΟΓΟ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΩΝ ΙΔΙΟΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ

Εμπορική ονομασία/Εταιρεία				*Δραστική ουσία*
Μορφή	Περιεκτικότητα	Συσκευασία	Περιορισμοί	ATC
CLIOVYL/S.J.A				*Nimesulide*
TAB	100MG/TAB	BTX30(BLIST3X10)	ΣΕ	M01AX17
GENECALCIN/Genepharm				*Calcitonin, Salmon*
naspr.sol	100IU/DOSE	BTX2FLX4ML(56 DOSES)	ΠΕ	H05BA01

IV. ΔΙΟΡΘΩΣΕΙΣ - ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΙΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΩΝ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΚΑΙ ΕΝΔΕΙΞΕΩΝ ΣΤΟΝ ΚΑΤΑΛΟΓΟ

Οι διορθώσεις-συμπληρώσεις εμφανίζονται με έντονους χαρακτήρες.

A03F **Προκινητικά (επιταχύνοντα την εντερική διάβαση)**

ΣΕ: Συνιστάται η προσεκτική χορήγηση σε νεαρά άτομα λόγω της πιθανότητας ανάπτυξης ανεπιθύμητων ενεργειών από το εξωπυραμιδικό.

A03FA **Προκινητικά (επιταχύνοντα την εντερική διάβαση)**

A03FA01 METOCLOPRAMIDE

GENEPRAMI-D/Genepharm	TAB	10MG/TAB	BTX20(ΣΕ BLISTERS)	ΣΕ
PRIMPERAN/Sanofi-Synthelabo	INJ.SOL	10MG/2ML AMP	BTX6AMPX2ML	ΣΕ
	TAB	10MG/TAB	BTX20 (BLIST 2X10)	ΣΕ
	SYR	5MG/5ML	FLX125ML	ΣΕ
	SUPP	10MG/SUP	BTX5	ΣΕ
	SUPP	20MG/SUP	BTX5	ΣΕ

A03FA03 DOMPERIDONE

CILROTON/Janssen-Cilag	F.C.TAB	10MG/TAB	BTX30	ΣΕ
	ORAL.SOL	5MG/5ML	FLX200ML(ΓΥΑΛ.ΦΙΑΛ)	ΣΕ

. . . .

B03X **Άλλα φάρμακα κατά της αναιμίας**

B03XA **Άλλα φάρμακα κατά της αναιμίας**

B03XA01 EPOETIN BETA (RECOMBINANT)

ΠΕ: Ενδείκνυται μόνο: 1. Στην αναιμία χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας παιδιατρικών και ενηλίκων ασθενών (εκτός των περιπτώσεων συσκευασιών που περιέχουν βενζυλική αλκοόλη ως συντηρητικό και που απαγορεύεται η χρήση στα βρέφη). 2. Στην αναιμία ενηλίκων ασθενών με πολλαπλό μυέλωμα χαμηλού βαθμού μη Hodgkin λέμφωμα ή χρόνια λεμφοκυτταρική λευχαιμία, οι οποίοι έχουν σχετική έλλειψη ερυθροποιητίνης και λαμβάνουν θεραπεία κατά των όγκων. 3. Σε αναιμία πασχόντων που υποβάλλονται σε θεραπεία με πλατίνη.

NEORECORMON/Roche	INJ.SOL	1000IU/0,3ML PF.SYR	BTX6PREF.SYR	ΠΕ, ΠΔ.18, ΠΔ.54
	INJ.SOL	2000IU/0,3ML PF.SYR	BTX6PREF.SYR	ΠΕ, ΠΔ.18, ΠΔ.54
	INJ.SOL	3000IU/0,3ML PF.SYR	BTX6PREF.SYR	ΠΕ, ΠΔ.18, ΠΔ.54
	INJ.SOL	4000IU/0,3ML PF.SYR	BTX6PREF.SYR	ΠΕ, ΠΔ.18, ΠΔ.54
	INJ.SOL	5000IU/0,3ML PF.SYR	BTX6PREF.SYR	ΠΕ, ΠΔ.18, ΠΔ.54
	INJ.SOL	6000IU/0,3ML PF.SYR	BTX6PREF.SYR	ΠΕ, ΠΔ.18, ΠΔ.54
	PS.INJ.SOL	10000 IU/AMP	BTX3διχωρα φυσιγγιαx1ml	ΠΕ, ΠΔ.18, ΠΔ.54
	INJ.SOL	10000IU/0,6ML PF.SYR	BTX6PREF.SYR	ΠΕ, ΠΔ.18, ΠΔ.54
	PS.INJ.SOL	20000 IU/AMP	BTX3Διχωρα φυσιγγια	ΠΕ, ΠΔ.18, ΠΔ.54
	INJ.SOL	20000IU/0,6ML PF.SYR	BTX6PREF.SYR	ΠΕ, ΠΔ.18, ΠΔ.54
	PS.INJ.SOL	60000IU/CARTER	3 CARTX1ML	ΠΕ, ΠΔ.18, ΠΔ.54
	PS.INJ.SOL	100000 IU/VIAL	BTX1VIAL+1AMPX5ML	ΠΕ, ΠΔ.18, ΠΔ.54

B03XA01 ERYTHROPOIETIN HUMAN, RECOMBINANT

ΠΕ: Ενδείκνυται μόνο: 1. Στην αναιμία χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας παιδιατρικών και ενηλίκων ασθενών (εκτός των περιπτώσεων συσκευασιών που περιέχουν βενζυλική αλκοόλη ως συντηρητικό και που απαγορεύεται η χρήση στα βρέφη). 2. Θεραπεία της αναιμίας σε ενήλικες ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία για συμπαγής όγκους, κακοήθες λέμφωμα ή πολλαπλό μυέλωμα και βρίσκονται σε κίνδυνο μετάγγισης.

EPREX/Janssen-Cilag	INJ.SOL	1000 IU/0.5 ML	BTX6 VIALSX0.5ML	ΠΕ, ΠΔ.18, ΠΔ. 54
	INJ.SOL	1000 IU/0.5 ML	BTX6PF.SYRX0.5ML	ΠΕ, ΠΔ.18, ΠΔ. 54
	INJ.SOL	2000 IU/0.5ML PF.SYR	BTX6PF.SYR.X0.5ML	ΠΕ, ΠΔ.18, ΠΔ. 54
	INJ.SOL	2000IU/1ML	BTX6VIALSX1ML	ΠΕ, ΠΔ.18, ΠΔ. 54
	INJ.SOL	3000 IU/0.3ML PF.SYR	BTX6PF.SYR.X0.3ML	ΠΕ, ΠΔ.18, ΠΔ. 54

	INJ.SOL	4000 IU/0.4ML PF.SYR	BTX6PF.SYR.X0.4ML	ΠΕ, ΠΔ.18, ΠΔ. 54
	INJ.SOL	4000IU/1ML	BTX6VIALX1ML	ΠΕ, ΠΔ.18, ΠΔ. 54
	INJ.SOL	5000IU/0,5ML	BTX6PF.SYRX0.5ML	ΠΕ, ΠΔ.18, ΠΔ. 54
	INJ.SOL	6000IU/0,6ML	BTX6PF.SYRX0.6ML	ΠΕ, ΠΔ.18, ΠΔ. 54
	INJ.SOL	8000IU/0,8ML	BTX6PF.SYRX0.8ML	ΠΕ, ΠΔ.18, ΠΔ. 54
	INJ.SOL	10000IU/1ML	BTX6PF.SYRX1ML	ΠΕ, ΠΔ.18, ΠΔ. 54
	INJ.SOL	10000IU/1ML	BTX6VIALSX1ML	ΠΕ, ΠΔ.18, ΠΔ. 54
	INJ.SOL	40000 IU/ML	BTX1VIALX1ML	ΠΕ, ΠΔ.18, ΠΔ. 54
	INJ.SOL	40000 IU/ML	BTX4VIALSX1ML	ΠΕ, ΠΔ.18, ΠΔ. 54
	INJ.SOL	40000 IU/ML	BTX6VIALSX1ML	ΠΕ, ΠΔ.18, ΠΔ. 54

B03XA02 DARBEPOETIN ALFA

ΠΕ: Ενδείκνυνται μόνο: 1. Στη θεραπεία της αναιμίας που σχετίζεται με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια σε ενήλικες και παιδιατρικούς ασθενείς ηλικίας 11 ετών. 2. Στη θεραπεία της αναιμίας σε ενήλικες ασθενείς με καρκίνο, με συμπαγείς όγκους (μη αιματολογικές κακοήθειες), οι οποίοι λαμβάνουν χημειοθεραπεία.

ARANESP/Amgen	INJ.SOL	10MCG/0.4ML PFSY	4PR.SYRX0.4ML	ΠΕ, ΠΔ.18, ΠΔ.53
	INJ.SOL	150MC/0.3ML PF.SYR	4PR.SYRX0.3ML	ΠΕ, ΠΔ.18, ΠΔ.53
	INJ.SOL	15MCG/0.375ML	4PR.SYRX0.375ML	ΠΕ, ΠΔ.18, ΠΔ.53
	INJ.SOL	20MC/0.5ML	4PR.SYRX0.5ML	ΠΕ, ΠΔ.18, ΠΔ.53
	INJ.SOL	30MC/0.3ML PF.SYR	4PR.SYRX0.3ML	ΠΕ, ΠΔ.18, ΠΔ.53
	INJ.SOL	40MC/0.4ML PF.SYR	4PR.SYRX0.4ML	ΠΕ, ΠΔ.18, ΠΔ.53
	INJ.SOL	50MC/0.5ML PF.SYR	4PR.SYRX0.5ML	ΠΕ, ΠΔ.18, ΠΔ.53
	INJ.SOL	60MC/0.3ML PF.SYR	4PR.SYRX0.3ML	ΠΕ, ΠΔ.18, ΠΔ.53
	INJ.SOL	80MC/0.4ML PF.SYR	4PR.SYRX0.4ML	ΠΕ, ΠΔ.18, **ΠΔ.53**
	INJ.SOL	100MC/0.5ML PF.SYR	4PR.SYRX0.5ML	ΠΕ, ΠΔ.18, **ΠΔ.53**

. . . .

C02C Αντιαδρενεργικοί παράγοντες, περιφερικώς δρώντες
C02CA Ανταγωνιστές α-αδρενεργικών υποδοχέων
C02CA04 DOXAZOCIN

ΠΕ: Στην ένδειξη της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη, να συνταγογραφείται μόνο από ουρολόγο.

CARDURA/Pfizer	TAB	4MG/TAB	BTX1BLISTX14	**ΠΕ**
MAGURAN/Pharmacypria	TAB	2MG/TAB	BTX14(BLIST2X7)	**ΠΕ**
	TAB	4MG/TAB	BTX14(BLIST2X7)	**ΠΕ**

. . . .

J01DH Καρβαπενέμες
J01DH ERTAPENEM

ΠΕ: Ενδείκνυται για α) ενδοκοιλιακές λοιμώξεις, β) επίκτητη πνευμονία της κοινότητας και γ) οξείες γυναικολογικές λοιμώξεις.

INVANZ/Vianex	PD.C.SO.IN	1G/VIAL	BTX1VIALX20ML	ΠΕ, ΠΔ.5

J01DH02 MEROPENEM

ΠΕ: Ενδείκνυνται για την αντιμετώπιση σοβαρών νοσοκομειακών λοιμώξεων.

MERONEM/Cana	DR.PD.INJ	1000MG/VIAL (IV)	BTX10VIALS	ΠΕ, ΠΔ.5

J01DH51 IMIPENEM MONOHYDRATE + CILASTATIN SODIUM

ΠΕ: Ενδείκνυνται για την αντιμετώπιση σοβαρών νοσοκομειακών λοιμώξεων.

PRIMAXIN/Vianex	DR.PD.INJ	(500+500)MG/VIAL(IV)	BTX1VIAL	ΠΕ, ΠΔ.5

J02AX **Άλλα αντιμυκητιασικά για συστηματική χορήγηση**
J02AX04 CASPOFUNGIN

ΠΕ: **Θεραπεία της εν τω βάθει καντιντίασης σε μη ουδετεροπενικούς ενήλικες ασθενείς.** Θεραπεία της εν τω βάθει ανθεκτικής ασπεργίλλωσης σε ενηλίκους ασθενείς που δεν ανέχονται αμφοτερικίνη Β, λιπιδικές μορφές της αμφοτερικίνης Β και/ή την ιτρακοναζόλη. Η ανθεκτικότητα ορίζεται ως η εξέλιξη της φλεγμονής ή αποτυχία βελτίωσής της μετά από προηγηθείσα κλασική αποτελεσματική αντιμυκητιασική θεραπεία με θεραπευτικές δόσεις διάρκειας τουλάχιστον επτά (7) ημερών

CANCIDAS/Vianex (Μετονομασία από CASPOFUNGIN MSD)

	PD.C.SO.INF	50MG/VIAL	BTX1VIAL	ΠΕ, ΠΔ.5
	PD.C.SO.INF	70MG/VIAL	BTX1VIAL	ΠΕ, ΠΔ.5

. . . .

J06BB **Ειδικές ανοσοσφαιρίνες**
J06BB16 PALIVIZUMAB

ΠΕ: Ενδείκνυται στην πρόληψη σοβαρής νόσου του κατωτέρου αναπνευστικού συστήματος που απαιτεί εισαγωγή στο νοσοκομείο μετά από λοίμωξη από τον αναπνευστικό συγκυτικό ιό (RSV) σε παιδιά που έχουν γεννηθεί μετά από κύηση των 35 εβδομάδων ή λιγότερο και είναι ηλικίας μικρότερης των 6 μηνών κατά την έναρξη της εποχιακής έξαρσης του RSV ή σε παιδιά που είναι μικρότερα των 2 ετών και χρειάζονται αγωγή για βρογχοπνευμονική δυσπλασία στους τελευταίους 6 μήνες.

SYNAGIS/Abbott	PS.INJ.SOL	100MG/VIAL	BTX1VIAL+1AMPX1MLSOL	ΠΕ, **ΠΔ.60**

ΠΔ.60: Η διάγνωση και η αρχική χορήγηση στο νοσοκομείο.

. . . .

L01BB **Ανάλογα πουρίνης**
L01BB04 CLADRIBIN

ΠΕ: Ενδείκνυται στη θεραπεία της λευχαιμίας εκ τριχωτών κυττάρων (ΛΤΚ) επί αποτυχίας καθιερωμένης αγωγής. Επίσης στη θεραπεία ασθενών με χρόνια λεμφοκυτταρική λευχαιμία εκ Β-κυττάρων (ΧΛΛ) που δεν έχουν ανταποκριθεί ή των οποίων η νόσος έχει επιδεινωθεί κατά τη διάρκεια ή μετά τη θεραπεία με ένα τουλάχιστον πρότυπο σχήμα που περιέχει αλκυλιούντα παράγοντα.

LEUSTATIN/Janssen-Cilag	INJ.SO.INF	10MG/10ML	BTX7VIALSX10ML	ΠΕ, ΠΔ.5, ΠΔ.53

. . . .

L01D **Κυτταροτοξικά αντιβιοτικά και συναφείς ουσίες**
L01DB **Ανθρακυκλίνες και συναφείς ουσίες**
L01DB01 DOXORUBICIN

CAELYX/Sp Europe	INJ.CO.INF	2MG/ML	1VIALX10ML	ΠΕ, ΠΔ.32

ΠΕ: Ενδείκνυται σε ασθενείς με σάρκωμα Kaposi, στο σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS) και για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των προχωρημένου καρκίνου των ωοθηκών στις οποίες απέτυχε ένα χημειοθεραπευτικό σχήμα βασισμένο σε πλατίνα. **Επίσης ενδείκνυται σε μεταστατικό καρκίνο του μαστού όπου υπάρχει αυξημένος καρδιακός κίνδυνος.**

L01XX **Άλλα αντινεοπλασματικά φάρμακα**
L01XX28 IMATINIB

ΠΕ: Ενδείκνυται: για τη θεραπευτική αντιμετώπιση ενηλίκων ασθενών με νεοδιαγνωσθείσα χρόνια μυελογενή λευχαιμία (ΧΜΛ) θετική για χρωμόσωμα Φιλαδέλφειας (bcr-abl) σε χρόνια φάση μετά από αποτυχία σε θεραπεία με ιντερφερόνη-άλφα ή σε επιταχυνόμενη φάση ή σε βλαστική κρίση. Η αποτελεσματικότητά του βασίζεται στα συνολικά αιματολογικά και κυτταρογενετικά ποσοστά ανταπόκρισης. Επίσης ενδείκνυται στη θεραπευτική αντιμετώπιση ενηλίκων ασθενών με θετικό ανεγχείρητο και/ή μεταστατικό κακόηθες γαστρεντερικό στρωματικό όγκο. Δεν υπάρχουν ελεγχόμενες μελέτες που να καταδεικνύουν κλινικό όφελος ή αυξημένη επιβίωση.

GLIVEC/Novartis	CAPS	100MG	BTX120(BLIST12X10)	ΠΕ, ΠΔ.32

L01XXΛ1 AMIFOSTINE TRIHYDRATE

ΠΕ: Ενδείκνυται: Σε συνδυασμό με την κλασική κλασματοποιημένη ακτινοθεραπεία για την προστασία έναντι της οξείας και όψιμης ξηροστομίας στον καρκίνο κεφαλής και τραχήλου. Επίσης ενδείκνυται για τη μείωση του κινδύνου λοίμωξης και νεφρικής βλάβης σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε χημειοθεραπεία με συνδυασμό κυκλοφωσφαμίδης και cis πλατίνης σε προχωρημένο καρκίνο των ωοθηκών.

ETHYOL/Schering Plough	LY.PD.INJ	500MG/VIAL	BTX3VIAL	ΠΕ, ΠΔ.5, ΠΔ.53

. . . .

L02BG G1 Αναστολείς ενζύμων
L02BG03 G1 ANASTROZOLE

ΠΕ: Ενδείκνυται στην αντιμετώπιση προχωρημένου καρκίνου του μαστού σε μετεμμηνοπαυσικές γυναίκες. Η αποτελεσματικότητα της δεν έχει αποδειχθεί σε ασθενείς με αρνητικούς οιστρογονοϋποδοχείς, εκτός αν είχαν προηγούμενη θετική κλινική ανταπόκριση στην ταμοξιφένη.

ARIMIDEX/Astrazeneca	F.C.TAB	1MG/TAB	BTX28(BLIST2X14)	ΠΕ

. . . .

L03A Κυττοκίνες και ανοσορρυθμιστικοί παράγοντες
L03AA Διεγερτικοί παράγοντες αποικιών των αιμοποιητικών κυττάρων
L03AA02 FILGRASTIM

ΠΕ: Ενδείκνυται: για τη μείωση της διάρκειας της ουδετεροπενίας και της συχνότητας της εμπύρετης ουδετεροπενίας σε ασθενείς που έχουν υποστεί αγωγή με καθιερωμένη κυτταροτοξική χημειοθεραπεία για κακοήθεια (εξαιρουμένης της χρόνιας μυελογενούς λευχαιμίας και των μυελοδυσπλαστικών συνδρόμων) και για τη μείωση της διάρκειας της ουδετεροπενίας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε μυελοτοξική θεραπεία ακολουθούμενη από μεταμόσχευση μυελού των οστών, σε ασθενείς που θεωρείται ότι βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο παρατεταμένης βαριάς ουδετεροπενίας. **Επίσης ενδείκνυται για την κινητοποίηση των προγονικών αιμοποιητικών κυττάρων του περιφερικού αίματος. Σε ασθενείς, παιδιά ή ενήλικες με σοβαρή συγγενή, κυκλική ή ιδιοπαθή ουδετεροπενία, στη θεραπεία της επιμένουσας ουδετεροπενίας, σε ασθενείς με προχωρημένη HIV λοίμωξη για τη μείωση κινδύνου βακτηριακών λοιμώξεων.**

GRANULOKINE/Amgen Europe	INJ.SOL	30MU(300MCG/1MLVIAL)	BTX5VIALSX1ML	ΠΕ, ΠΔ.8, ΠΔ.54
	INJ.SOL	48MU(480MCG/1.6MLVIA	BTX5VIALSX1.6ML	ΠΕ, ΠΔ.8, ΠΔ.54

. . . .

L03AB Ιντερφερόνες
L03AB04 INTERFERON ALFA 2A, RECOMBINANT

ΠΕ: Ενδείκνυται: Στη λευχαιμία εκ τριχωτών κυττάρων, σάρκωμα Kaposi σχετιζόμενο με AIDS, χρόνια μυελογενή λευχαιμία, συμπτωματική αγωγή σε προχωρημένες μορφές οζώδους και δερματικού Τ μη-Hodgkin λεμφώματος και καρκίνου του νεφρού, χρόνια ενεργό ηπατίτιδα Β και C ιστολογικά επιβεβαιωμένη με επίμονη τρανσαμινασαιμία και δείκτες ενεργού πολλαπλασιασμού του HBV (HBVDNA) και του HCV (HCVRNA). Η αποτελεσματικότητα της ιντερφερόνης αλφα-2α στη θεραπεία της χρόνιας ηπατίτιδας C ενισχύεται όταν συνδυάζεται με ριμπαβιρίνη.

ROFERON-A/Roche	INJ.SOL	3MIU/0.5ML PF.SYR.	BTX1PF.SYR.X0,5ML	ΠΕ, ΠΔ.35, ΠΔ.54
	INJ.SOL	3MIU/0.5ML PF.SYR.	BTX6PF.SYR.X0,5ML	ΠΕ, ΠΔ.35, ΠΔ.54
	INJ.SOL	4.5MIU/0.5ML PF.SYR.	BTX1PF.SYR.X0,5ML	ΠΕ, ΠΔ.35, ΠΔ.54
	INJ.SOL	4.5MIU/0.5ML PF.SYR.	BTX6PF.SYR.0,5ML	ΠΕ, ΠΔ.35, ΠΔ.54
	INJ.SOL	6MIU/0.5ML PF.SYR.	BTX1PF.SYR.X0,5ML	ΠΕ, ΠΔ.35, ΠΔ.54
	INJ.SOL	6MIU/0.5ML PF.SYR.	BTX6PF.SYR.X0,5ML	ΠΕ, ΠΔ.35, ΠΔ.54
	INJ.SOL	9MIU/0.5ML PF.SYR.	BTX1PF.SYR.X0,5ML	ΠΕ, ΠΔ.35, ΠΔ.54
	INJ.SOL	9MIU/0.5ML PF.SYR.	BTX6PF.SYR.X0,5ML	ΠΕ, ΠΔ.35, ΠΔ.54
	INJ.SOL	18MIU/1ML VIAL	BTX1VIALX1ML	ΠΕ, ΠΔ.35, ΠΔ.54
	INJ.SOL	18MIU/1ML VIAL	BTX6VIALSX1ML	ΠΕ, ΠΔ.35, ΠΔ.54

L03AB07 INTERFERON BETA-1A

AVONEX/Biogen	PS.INJ.SOL	30MC(6MU)/VIAL	BTX4VIALS+4PF.SYR	ΠΕ, ΠΔ.26, ΠΔ.54

ΠΕ: Ενδείκνυται: α) Για την αγωγή περιπατητικών ασθενών με υποτροπιάζουσα σκλήρυνση κατά πλάκας, η οποία ορίζεται από τουλάχιστον 2 επαναληπτικές κρίσεις νευρολογικής δυσλειτουργίας (υποτροπές) κατά την παρελθούσα τριετή περίοδο, χωρίς να τεκμηριώνεται η συνεχής πρόοδος της νόσου μεταξύ των υποτροπών. β) Για τη θεραπεία των ασθενών οι οποίοι έχουν εμφανίσει ένα μόνο απομυελινωτικό επεισόδιο με ενεργό εξεργασία φλεγμονής, εφόσον είναι αρκετά σοβαρό ώστε να απαιτεί θεραπεία με ενδοφλέβια κορτικοστεροειδή, εφόσον έχουν αποκλειστεί οι εναλλακτικές διαγνώσεις και εφόσον έχει προσδιοριστεί ότι διατρέχουν υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης κλινικώς επιβεβαιωμένης σκλήρυνσης κατά πλάκας. Δεν έχουν γίνει ακόμα έρευνες σε ασθενείς οι οποίοι εμφανίζουν προοδευτική σκλήρυνση κατά πλάκας. Σε αυτήν την περίπτωση η χορήγηση θα πρέπει να διακόπτεται.

REBIF/Ares Serono	INJ.SOL	6MU/0,5ML PF.SYR	BTX1PF.SYR.X0,5MLΠΕ, ΠΔ.26, ΠΔ.53
	INJ.SOL	6MU/0,5ML PF.SYR	BTX3PF.SYRX0,5MLΠΕ, ΠΔ.26, ΠΔ.53
	INJ.SOL	6MU/0,5ML PF.SYR	BTX12PF.SYRX0,5MLΠΕ, ΠΔ.26, ΠΔ.53
	INJ.SOL	44MC(12MU)/MLPF.SYR	BTX1PF.SYRX1ML ΠΕ, ΠΔ.26, ΠΔ.53
	INJ.SOL	44MC(12MU)/MLPF.SYR	BTX3PF.SYRSX1ML ΠΕ, ΠΔ.26, ΠΔ.53
	INJ.SOL	44MC(12MU)/MLPF.SYR	BTX12PF.SYRSX1MLΠΕ, ΠΔ.26, ΠΔ.53

ΠΕ: Ενδείκνυται για τη θεραπεία ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας (MS) που χαρακτηρίζονται από τουλάχιστον δύο υποτροπές κατά την προηγούμενη διετία. Η αποτελεσματικότητά του δεν έχει αποδειχθεί σε ασθενείς με δευτερογενώς προϊούσα μορφή σκλήρυνσης κατά πλάκας χωρίς υποτροπές.

L03AB08 INTERFERON BETA-1B, RECOMBINANT

ΠΕ: Ενδείκνυται: για την θεραπεία ασθενών με υποτροπιάζουσα-διαλείπουσα σκλήρυνση κατά πλάκας και δύο ή περισσότερες υποτροπές εντός των τελευταίων δύο ετών. Επίσης ενδείκνυται για ασθενείς με δευτερογενή προοδευτικά επιδεινούμενη μορφή της σκλήρυνσης κατά πλάκας με ενεργή νόσο, η οποία αποδεικνύεται από υποτροπές.

BETAFERON/Schering	LY.PD.INJ	0,3MG(9,6X10MU)/VIAL	BTX15VIAL+15PFSYRΠΕ, ΠΔ.26, ΠΔ.54

. . . .

L04A Ανοσοκατασταλτικοί παράγοντες

L04AA Εκλεκτικοί ανοσοκατασταλτικοί παράγοντες

L04AA11 ETANERCEPT

ΠΕ: Ενδείκνυται: Στη θεραπεία της οξείας ενεργούς και προοδευτικής αρθρίτιδας σε ενήλικες που δεν έλαβαν προηγούμενη θεραπεία με μεθοτρεξάτη. Επίσης στη θεραπεία της ενεργούς ρευματοειδούς αρθρίτιδας σε ενήλικες όταν η ανταπόκριση σε τροποποιητικά της νόσου αντιρευματικά φάρμακα, περιλαμβανομένης της μεθοτρεξάτης (εκτός εάν αντενδείκνυται), αποδειχθεί ανεπαρκής. Για τη θεραπεία της χρόνιας ενεργούς νεανικής πολυαρθρίτιδας σε παιδιά ηλικίας 4 έως 17 ετών που είχαν μη επαρκή ανταπόκριση ή έδειξαν μη ανεκτικότητα στη μεθοτρεξάτη. Δεν έχει μελετηθεί σε παιδιά μικρότερα των 4 ετών. Επίσης στη θεραπεία της ενεργούς και προοδευτικής ψωριασικής αρθρίτιδας σε ενήλικες, όταν η ανταπόκριση σε προηγούμενη θεραπεία με τροποποιητικά της νόσου αντιρευματικά απεδείχθη ανεπαρκής.

ENBREL/Wyeth	PS.INJ.SOL	25MG/VIAL	BTX4VIALS+4PF.SYR.	ΠΕ, ΠΔ.45

L04AA12 INFLIXIMAB

ΠΕ: Ενδείκνυται: 1. Ρευματοειδή αρθρίτιδα -για τη ελάττωση των συμπτωμάτων και τη βελτίωση της φυσικής λειτουργίας σε ασθενείς με ενεργό νόσο, όταν η ανταπόκριση στα τροποποιητικά της νόσου φάρμακα, συμπεριλαμβανομένης της μεθοτρεξάτης, είναι ανεπαρκής. Η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια έχουν αποδειχθεί μόνο σε συνδυασμό με μεθοτρεξάτη. 2. Νόσος του Crohn - σε ασθενείς που δεν έχουν ανταποκριθεί, παρά την πλήρη και επαρκή αγωγή με ένα κορτικοστεροειδές ή/και ένα ανοσοκατασταλτικό και σε ασθενείς με παρουσία συριγγίων που δεν έχουν ανταποκριθεί, παρά την πλήρη και επαρκή θεραπεία με συμβατική αγωγή. **3. Αγγυλοποιητική σπονδυλίτιδα σε ασθενείς που παρουσιάζουν σοβαρά αξονικά συμπτώματα, αυξημένους ορολογικούς δείκτες φλεγμονώδους δράσης και δεν ανταποκρίνονται επαρκώς στη συμβατική θεραπεία.**

REMICADE/Centocor	PD.C.SO.INF	100MG/VIAL	VIALX100MG	ΠΕ, ΠΔ.5, ΠΔ.53

. . . .

M01AH Κοξίμπες

ΣΕ: **Συνιστάται προσοχή στη χορήγηση σε ασθενείς με ισχαιμική καρδιοπάθεια.** Επίσης, η χορήγησή τους συνιστάται να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή στις ακόλουθες περιπτώσεις: 1) Άτομα ηλικίας >75 ετών, 2) Προηγούμενο ιστορικό έλκους, 3) Προηγηθείσα αιμορραγία πεπτικού, 4) Συγχορήγηση αντιπηκτικών και 5) Συγχορήγηση κορτικοστεροειδών.

M01AH01 CELECOXIB

ACLAREX/Pfizer	CAPS	100MG/CAP	BTX20(BLIST2X10)	ΣΕ
CELEBREX/Pharmacia	CAPS	100MG/CAP	BTX20(BLIST2X10)	ΣΕ

M01AH02 ROFECOXIB

VIOXX/Vianex	TAB	12.5MG/TAB	BTX10	ΣΕ
	TAB	25MG/TAB	BTX10	ΣΕ
	ORAL.SUSP	25MG/5ML	FLX150ML	ΣΕ

M01AH04 PARECOXIB

ΠΕ: Ενδείκνυται για τη βραχυχρόνια θεραπεία του μετεγχειρητικού πόνου.
ΣΕ: Συνιστάται προσοχή στη χορήγηση λόγω αντιδράσεων υπερευαισθησίας.

DYNASTAT/Pharmacia	PD.IN.	40MG/VIAL	BTX1VIAL+SOLV 2ML	ΠΕ,**ΣΕ**

. . . .

M05B Φάρμακα δρώντα στην οστική δομή και στην προσθήκη μετάλλων
M05BA Διφωσφονικά
ΣΕ: Όλα τα διφωσφονικά να μη χορηγούνται σε ασθενείς με γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση.
M05BA01 ETIDRONATE DISODIUM

ΠΕ: Ενδείκνυται για α) τη θεραπεία της νόσου Paget των οστών και β) τη θεραπεία της εγκατεστημένης μετεμμηνοπαυσιακής οστεοπόρωσης.

ANFOZAN/Proel	CAPS	400MG/CAP	BTX30(BLIST3X10)	ΣΕ, **ΠΕ**
DRALEN/Specifar	CAPS	200MG/CAP	BTX30(BLIST3X10)	ΣΕ, **ΠΕ**
	CAPS	400MG/CAP	BTX30(BLIST3X10)	ΣΕ, **ΠΕ**
ETIDRON/Φαρμανελ	CAPS	200MG/CAP	BTX30	ΣΕ, **ΠΕ**
	CAPS	400MG/CAP	BTX30(BLIST3X10)	ΣΕ, **ΠΕ**
ETIDRONATE/PHARMACHEM/Pharmachem				
	CAPS	200MG/CAP	BTX30(BLIST3X10)	ΣΕ, **ΠΕ**
	CAPS	400MG/CAP	BTX30(BLIST3X10)	ΣΕ, **ΠΕ**
ETIPLUS/Biospray	CAPS	400MG/CAP	BTX30(3BLISTX10)	ΣΕ, **ΠΕ**
FEMINOFLEX/Medicus	CAPS	400MG/CAP	BTX30(BLIST3X10)	ΣΕ, **ΠΕ**
MAXIBRAL/Demo	CAPS	400MG/CAP	BTX30(BLIST3X10)	ΣΕ, **ΠΕ**
OFLOCIN/Farmedia .	CAPS	400MG/CAP	BTX30(BLIST3X10)	ΣΕ, **ΠΕ**
OSFO/Gap	TAB	200MG/TAB	BTX30(BLIST3X10)	ΣΕ, **ΠΕ**
OSTEDRON/Kleva	CAPS	400MG/CAP	BTX30(BLIST 5X6)	ΣΕ, **ΠΕ**
OSTEODRUG/Med-One	CAPS	400MG/CAP	BTX30(BLIST 5X6)	ΣΕ, **ΠΕ**
OSTEOTON/Γερολυματος	TAB	200MG/TAB	BTX30(BLIST3X10)	ΣΕ, **ΠΕ**
	TAB	400MG/TAB	BTX30(BLIST3X10)	ΣΕ, **ΠΕ**
OSTOGENE/Genepharm	CAPS	200MG/CAP	BTX30(BLIST3X10)	ΣΕ, **ΠΕ**
	CAPS	400MG/CAP	BTX30(BLIST 3X10)	ΣΕ, **ΠΕ**
OSTOPOR/Uni-Pharma	CAPS	200MG/CAP	BTX30(BLIST3X10)	ΣΕ, **ΠΕ**
	CAPS	400MG/CAP	BTX30(BLIST3X10)	ΣΕ, **ΠΕ**
SOMAFLEX/Cosmopharm	CAPS	200MG/CAP	BTX30(BLIST3X10)	ΣΕ, **ΠΕ**
	CAPS	400MG/CAP	BTX30(BLIST3X10)	ΣΕ, **ΠΕ**
SVIROXIT/Rafarm	CAPS	200MG/CAP	BTX30(BLIST3X10)	ΣΕ, **ΠΕ**
	CAPS	400MG/CAP	BTX30(BLIST3X10)	ΣΕ, **ΠΕ**
TILFERAN/Vocate	CAPS	400MG/CAP	BTX30(BLIST3X10)	ΣΕ, **ΠΕ**

M05BA04 ALENDRONATE SODIUM

ΠΕ: Ενδείκνυται για τη θεραπεία της εγκατεστημένης μετεμμηνοπαυσιακής οστεοπόρωσης.

FOSAMAX/Vianex	TAB	10MG/TAB	BTX10(BLIST1X10)	ΣΕ, **ΠΕ**
FOSAMAX Once weekly/Vianex	TAB	70MG/TAB	BTX4(BLIST)	ΣΕ, **ΠΕ**
FOSALEN/Genepharm	TAB	10MG/TAB	BTX10(1BLIST X10)	ΣΕ, **ΠΕ**
OSTALERT/Verisfield	TAB	10MG/TAB	BTX10(BLIST1X10)	ΣΕ, **ΠΕ**

M05BA07 RISEDRONATE SODIUM

ΠΕ: Για tab 5mg: Ενδείκνυται για τη θεραπεία της εγκατεστημένης μετεμμηνοπαυσιακής οστεοπόρωσης.
Για tab 30mg: Ενδείκνυται για τη θεραπεία της νόσου Paget των οστών.

ACTONEL/Aventis	F.C.TAB	5MG/TAB	BTX28(BLIST2X14)	ΣΕ, **ΠΕ**
	F.C.TAB	30MG/TAB	BTX28(BLIST2X14)	ΣΕ, **ΠΕ**

. . . .

N03AX Νεώτερα αντιεπιληπτικά
N03AX11 TOPIRAMATE

ΠΕ: Ενδείκνυται για τη συμπληρωματική θεραπεία της εστιακής επιληψίας, των επιληπτικών κρίσεων του συνδρόμου Lennox-Gastaut και των γενικευμένων τονικοκλονικών επιληπτικών κρίσεων.

TOPAMAC/Janssen-Cilag	CAPS	15MG/CAP	BOTTLE X60	ΠΕ
	F.C.TAB	25MG/TAB	BTX60(πλαστ.φιαλ.)	ΠΕ
	F.C.TAB	50MG/TAB	BTX60(πλαστ.φιαλ.)	ΠΕ
	F.C.TAB	100MG/TAB	BTX60(πλαστ.φιαλ.)	ΠΕ
	F.C.TAB	200MG/TAB	BTX60(πλαστ.φιαλ.)	ΠΕ

N03AX12 GABAPENTIN

ΠΕ: Ενδείκνυται ως μονοθεραπεία ή συμπληρωματική αγωγή σε ασθενείς με εστιακές επιληπτικές κρίσεις ή με εστιακές επιληπτικές κρίσεις με δευτερογενή γενίκευση.

NEURONTIN/Pfizer	CAPS	300MG/CAP	BTX50(BLIST5X10)	ΠΕ
	CAPS	400MG/CAP	BTX50(BLIST5X10)	ΠΕ

. . . .

V03AB Αντίδοτα
V03AB23 ACETYLCYSTEINE

ΠΕ: Μόνο ως αντίδοτο

CHRICETYL/Χρισπα (Μετονομασία από FLUSTAREN)				
	GR.OR.SD	600MG/SACHET	BTX20SACHETS	**ΠΕ**
KANTRENOL/Μεντινοβα	GR.OR.SD	600MG/SACHET	BTX20SACHETS	**ΠΕ**
TREBON-N/Uni-Pharma	GR.OR.SD	600MG/SACHET	BTX20 SACHETS	**ΠΕ**

. . . .

V03AF Παράγοντες για τη μείωση της τοξικότητας της κυτταροστατικής θεραπείας
V03AF03 CALCIUM FOLINATE

ΠΕ: Ενδείκνυται για την ελάττωση της τοξικότητας και την εξουδετέρωση της δράσης των ανταγωνιστών του φυλλικού οξέος, όπως είναι η μεθοτρεξάτη, στην κυτταροτοξική θεραπεία και στην υπερδοσολογία σε ενήλικες και παιδιά. Επίσης, σε συνδυασμό με 5-φθοροουρακίλη στην κυτταροτοξική θεραπεία.

BUATERON/Farmedia	PD.SOL.SD	15MG/SINGLE DOSE	BTX10VIALS(διχωρα)	ΠΕ
CALCIFOLIN/Kleva	INJ.SOL	200MG/20ML	BT X1 VIAL X20ML	ΠΕ
	TAB	15MG/TAB	BTX10(BLIST 1X10)	ΠΕ
	TAB	25MG/TAB	BTX10(BLIST1X10)	ΠΕ
CALCIUM FOLINATE/EBEWE/Φαρμανελ				
	CAPS	15MG/CAP	BTX1FLX10	ΠΕ
	INJ.SOL	100MG/10ML VIAL	BTX1VIALX10ML	ΠΕ
	INJ.SOL	200MG/20ML VIAL	BTX1VIALX20ML	ΠΕ
CALCIUM LEUCOVORIN/DAVID BULL/Γερολυματος				
	INJ.SOL	100MG/10ML	BTX1VIALX10ML	ΠΕ
	INJ.SOL	3MG/1ML	BTX5AMPX1ML	ΠΕ
	INJ.SOL	50MG/5ML	BTX1VIALX5ML	ΠΕ
CALCIUM LEUCOVORIN/DAVID BULL LAB./Γερολυματος				
	INJ.SOL	15MG/2ML	BTX5AMPX2ML	ΠΕ
CALCIVORAN/Vocate	PS.INJ.SOL	15mg/AMP	BTX10(10AMP+10AMPX4	ΠΕ
	PS.OR.SOL	15MG/VIAL ΔΙΧΩΡΟ	BTX10 ΔΙΧΩΡΑ ΦΙΑΛΙ-	ΠΕ
	TAB	15MG/TAB	BTX10(BLIST1X10)	ΠΕ
CLARO/Itf	PS.OR.SOL	15MG/SINGLE DOSE	BTX10VIALS(Δίχωρα X	ΠΕ

	TAB	15MG/TAB	BTX10(BLIST1X10)	ΠΕ
DUROFOLIN/Biotrends	INJ.SOL	100MG/10ML	BT X1VIALX10ML	ΠΕ
	INJ.SOL	200MG/20ML	BTX1VIAL X20ML	ΠΕ
FEDOLEN/Viofar	TAB	15MG/TAB	BTX10(BLIST1X10)	ΠΕ
FOLIMENT/Χρισπα	CAPS	15MG/CAP	BTX10(BLIST1X10)	ΠΕ
FOLINATO/Φαραν	INJ.SOL	15MG/3ML VIAL	BT X1VIAL (3ML)	ΠΕ
	INJ.SOL	15MG/3ML VIAL	BT X25VIALS(3ML)	ΠΕ
	INJ.SOL	200MG/20ML VIAL	BTX1 (VIALX20ML)	ΠΕ
	PD.OR.SD	15MG/SINGLE DOSE	BTX10VIAL(ΔΙΧΩΡΑ)	ΠΕ
	TAB	15mg/TAB	TAB 15MG	ΠΕ
FOLMIGOR/Χρισπα	CAPS	15MG/CAP	BTX10(BLIST1X10)	ΠΕ
FOXOLIN/Gap	TAB	15MG/TAB	BTX10(BLIST1X10)	ΠΕ
LEUCOVORIN/Wyeth	DR.PD.INJ	30MG/VIAL	BTX1VIAL	ΠΕ
LEUCOVORIN/LEDERLE/Wyeth	INJ.SOL	100MG/10ML VIAL	BTX1VIALX10ML	ΠΕ
	INJ.SOL	200MG/20ML VIAL	BTX1VIAL	ΠΕ
	TAB	15MG/TAB	BTX10(ΠΛΑΣΤ.ΦΙΑΛΙΔ.)	ΠΕ
REOTAN/Medicus	TAB	15MG/TAB	BTX10(BLIST1X10)	ΠΕ
RESCUVOLIN/Chemipharm	INJ.SOL	100MG/20ML VIAL	BTX10VIALSX20ML	ΠΕ
	INJ.SOL	100MG/20ML VIAL	BTX1VIALX20ML	ΠΕ
	INJ.SOL	100MG/4ML VIAL	BTX10VIALSX4ML	ΠΕ
	INJ.SOL	100MG/4ML VIAL	BTX1VIALX4ML	ΠΕ
	INJ.SOL	15MG/3ML VIAL	BTX10VIALSX3ML	ΠΕ
	INJ.SOL	15MG/3ML VIAL	BTX1VIALX3ML	ΠΕ
	INJ.SOL	200MG/8ML VIAL	BTX1VIALX8ML	ΠΕ
	INJ.SOL	25MG/1ML VIAL	BTX1VIALX1ML	ΠΕ
	INJ.SOL	50MG/10ML VIAL	BTX10VIALSX10ML	ΠΕ
	INJ.SOL	50MG/10ML VIAL	BTX1VIALX10ML	ΠΕ
	INJ.SOL	50MG/2ML VIAL	BTX1VIALX2ML	ΠΕ
	INJ.SOL	5MG/1ML VIAL	BTX1VIALX1ML	ΠΕ
	LY.PD.INJ	100MG/VIAL	BTX10VIALS	ΠΕ
	LY.PD.INJ	100MG/VIAL	BTX1VIAL	ΠΕ
	LY.PD.INJ	15MG/VIAL	BTX10VIALS	ΠΕ
	LY.PD.INJ	15MG/VIAL	BTX1VIAL	ΠΕ
	LY.PD.INJ	50MG/VIAL	BTX10VIALS	ΠΕ
	LY.PD.INJ	50MG/VIAL	BTX1VIAL	ΠΕ
	TAB	15MG/TAB	BTX10	ΠΕ
	TAB	25MG/TAB	BTX10 (BLIST.1X10)	ΠΕ
VERAVORIN/Opus-Matepia	INJ.SOL	100MG/10ML VIAL	BTX1VIALX10ML	ΠΕ
	INJ.SOL	200MG/20ML	BTX1VIALX20ML	ΠΕ
VERAVORIN/Rafarm	TAB	15MG/TAB	BTX10(BLIST 1X10)	ΠΕ

V03AF04 CALCIUM LEVOFOLINATE

ΠΕ: Ενδείκνυται για την ελάττωση της τοξικότητας και την εξουδετέρωση της δράσης των ανταγωνιστών του φυλλικού οξέος, όπως είναι η μεθοτρεξάτη, στην κυτταροτοξική θεραπεία και στην υπερδοσολογία σε ενήλικες και παιδιά. Επίσης, σε συνδυασμό με 5-φθοροουρακίλη στην κυτταροτοξική θεραπεία.

ISOVORIN/Wyeth	INJ.SOL	175MG/17.5ML VIAL	BTX1VIAL	ΠΕ

V. ΙΔΙΟΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΤΑΛΟΓΟΥ ΣΤΑ ΟΠΟΙΑ ΔΙΑΓΡΑΦΟΝΤΑΙ ΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΔΕΙΞΕΩΝ

L04AA14 ANAKINRA (RECOMBINANT HUMAN METHIONYL INTERLEUKIN-1 RECEPTOR ANTAGONIST)

KINERET/Genesis	INJ.SOL	100MG/0.67ML PF.SYR.	BTX28PF.SYR.X0,67ML	ΠΔ.46

N05AE04 ZIPRAZIDONE

GEODON/Pfizer	CAPS	40MG/CAP	BTX56(BLIST4X14)	ΠΔ.25
	CAPS	60MG/CAP	BTX56(BLIST4X14)	ΠΔ.25
	CAPS	80MG/CAP	BTX56(BLIST4X14)	ΠΔ.25
	PS.INJ.SOL	20MG/ML	BTX1VIAL+1AMPX1,2ML	ΠΔ.25

Η απόφαση αυτή ισχύει από 1.11.2003.
Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 22 Σεπτεμβρίου 2003

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΡΟΒΕΡΤΟΣ ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΣ

ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΕΚΤΩΡ ΝΑΣΙΩΚΑΣ

ΕΜΠΟΡΙΚΗΣ ΝΑΥΤΙΛΙΑΣ
Γ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ

ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ

ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΟΥ 34 * ΑΘΗΝΑ 104 32 * TELEX 223211 YPET GR * FAX 210 52 21 004
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: http: www.et.gr – e-mail: webmaster @ et.gr

Πληροφορίες Α.Ε. - Ε.Π.Ε. και λοιπών Φ.Ε.Κ.: 210 527 9000-4
Φωτοαντίγραφα παλαιών ΦΕΚ - ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ - ΜΑΡΝΗ 8 - Τηλ. (210)8220885 - 8222924
Δωρεάν διάθεση τεύχους Προκηρύξεων ΑΣΕΠ αποκλειστικά από Μάρνη 8

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΓΡΑΦΕΙΑ ΠΩΛΗΣΗΣ Φ.Ε.Κ.

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ - Βασ. Όλγας 227	**(2310) 423 956**	**ΛΑΡΙΣΑ** - Διοικητήριο	**(2410) 597449**
ΠΕΙΡΑΙΑΣ - Ευριπίδου 63	**(210) 413 5228**	**ΚΕΡΚΥΡΑ** - Σαμαρά 13	**(26610) 89 157**
ΠΑΤΡΑ - Κορίνθου 327	**(2610) 638 109**		**(26610) 89 105**
	(2610) 638 110	**ΗΡΑΚΛΕΙΟ** - Πλ. Ελευθερίας 1	**(2810) 396 409**
ΙΩΑΝΝΙΝΑ - Διοικητήριο	**(26510) 87215**	**ΛΕΣΒΟΣ** - Αγ. Ειρήνης 10	**(22510) 37 181**
ΚΟΜΟΤΗΝΗ - Δημοκρατίας 1	**(25310) 22 858**		**(22510) 37 187**

ΤΙΜΗ ΠΩΛΗΣΗΣ ΦΥΛΛΩΝ ΕΦΗΜΕΡΙΔΟΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

Σε έντυπη μορφή:
- Για τα ΦΕΚ από 1 μέχρι 40 σελίδες 1 euro.
- Για τα ΦΕΚ από 40 σελίδες και πάνω η τιμή προσαυξάνεται κατά 0,05 euro για κάθε επιπλέον σελίδα.

Σε μορφή CD:

Τεύχος	Περίοδος	EURO	Τεύχος	Περίοδος	EURO
Α.Ε. & Ε.Π.Ε.	Μηνιαίο	60	Αναπτυξιακών Πράξεων και Συμβάσεων (Τ.Α.Π.Σ.)	Ετήσιο	75
Α΄ και Β΄	3μηνιαίο	75	Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.)	Ετήσιο	75
Α΄, Β΄ και Δ΄	3μηνιαίο	90	Δελτίο Εμπορικής και Βιομηχανικής Ιδιοκτησίας (Δ.Ε.Β.Ι.)	Ετήσιο	75
Α΄	Ετήσιο	180	Ανωτάτου Ειδικού Δικαστηρίου	Ετήσιο	75
Β΄	Ετήσιο	210	Διακηρύξεων Δημοσίων Συμβάσεων	Ετήσιο	75
Γ	Ετήσιο	60			
Δ΄	Ετήσιο	150			
Παράρτημα	Ετήσιο	75			

Η τιμή πώλησης του Τεύχους Α.Ε. & Ε.Π.Ε. σε μορφή CD - rom για δημοσιεύματα μετά το 1994 καθορίζεται σε 30 euro ανά τεμάχιο, ύστερα από σχετική παραγγελία.
Η τιμή διάθεσης φωτοαντιγράφων ΦΕΚ 0,15 euro ανά σελίδα

ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ Φ.Ε.Κ.

	Σε έντυπη μορφή		Από το Internet	
Τεύχος	Κ.Α.Ε. Προϋπολογισμού 2531	Κ.Α.Ε. ΤΑΠΕΤ 3512	Κ.Α.Ε. Προϋπολογισμού 2531	Κ.Α.Ε. ΤΑΠΕΤ 3512
	euro	euro	euro	euro
Α΄ (Νόμοι, Π.Δ., Συμβάσεις κτλ.)	205	10,25	176	8,80
Β΄ (Υπουργικές αποφάσεις κτλ.)	293	14,65	205	10,25
Γ΄ (Διορισμοί, απολύσεις κτλ. Δημ. Υπαλλήλων)	59	2,95	ΔΩΡΕΑΝ	- -
Δ΄ (Απαλλοτριώσεις, πολεοδομία κτλ.)	293	14,65	147	7,35
Αναπτυξιακών Πράξεων και Συμβάσεων (Τ.Α.Π.Σ.)	147	7,35	88	4,40
Ν.Π.Δ.Δ. (Διορισμοί κτλ. προσωπικού Ν.Π.Δ.Δ.)	59	2,95	ΔΩΡΕΑΝ	- -
Παράρτημα (Προκηρύξεις θέσεων ΔΕΠ κτλ.)	30	1,50	ΔΩΡΕΑΝ	- -
Δελτίο Εμπορικής και Βιομ/κής Ιδιοκτησίας (Δ.Ε.Β.Ι.)	59	2,95	30	1,50
Ανωτάτου Ειδικού Δικαστηρίου (Α.Ε.Δ.)	ΔΩΡΕΑΝ	-	ΔΩΡΕΑΝ	- -
Προκηρύξεων Α.Σ.Ε.Π.	ΔΩΡΕΑΝ	-	ΔΩΡΕΑΝ	- -
Ανωνύμων Εταιρειών & Ε.Π.Ε.	2.054	102,70	587	29,35
Διακηρύξεων Δημοσίων Συμβάσεων (Δ.Δ.Σ.)	205	10,25	88	4,40
Α΄, Β΄ και Δ΄			352	17,60

Το κόστος για την ετήσια συνδρομή σε ηλεκτρονική μορφή για τα προηγούμενα έτη προσαυξάνεται πέραν του ποσού της ετήσιας συνδρομής του έτους 2003 κατά 6 euro ανά έτος παλαιότητας και κατά τεύχος

* Οι συνδρομές του εσωτερικού προπληρώνονται στις ΔΟΥ που δίνουν αποδεικτικό είσπραξης (διπλότυπο) το οποίο με τη φροντίδα του ενδιαφερομένου πρέπει να στέλνεται στην Υπηρεσία του Εθνικού Τυπογραφείου.
* Η πληρωμή του υπέρ ΤΑΠΕΤ ποσοστού που αντιστοιχεί σε συνδρομές, εισπράττεται και από τις ΔΟΥ.
* Οι συνδρομητές του εξωτερικού έχουν τη δυνατότητα λήψης των δημοσιευμάτων μέσω internet, με την καταβολή των αντίστοιχων ποσών συνδρομής και ΤΑΠΕΤ.
* Οι Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις, οι Δήμοι, οι Κοινότητες ως και οι επιχειρήσεις αυτών πληρώνουν το μισό χρηματικό ποσό της συνδρομής και ολόκληρο το ποσό υπέρ του ΤΑΠΕΤ.
* Η συνδρομή ισχύει για ένα χρόνο, που αρχίζει την 1η Ιανουαρίου και λήγει την 31η Δεκεμβρίου του ίδιου χρόνου. Δεν εγγράφονται συνδρομητές για μικρότερο χρονικό διάστημα.
* Η εγγραφή ή ανανέωση της συνδρομής πραγματοποιείται το αργότερο μέχρι την 31ην Δεκεμβρίου κάθε έτους.
* Αντίγραφα διπλοτύπων, ταχυδρομικές επιταγές και χρηματικά γραμμάτια δεν γίνονται δεκτά.

Οι υπηρεσίες εξυπηρέτησης των πολιτών λειτουργούν καθημερινά από 08.00΄ έως 13.00΄

ΑΠΟ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ